VERANTWORTUNG 01.01.2014

Neue Hygienerichtlinien – Anforderungen an Kliniken und Praxen



Das neue Infektionsschutzgesetz: Was hat sich geändert?

Das am 9. Juni 2011 vom deutschen Bundestag verabschiedete und Anfang August in Kraft getretene neue Infektionsschutzgesetz hat zum Ziel:

- die Verbesserung der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention im Allgemeinen,
- Reduzierung der nosokomialen Infektionen,
- Reduzierung vermeidbarer nosokomialer Todesfälle,
- den sachgerechten, zielgerichteten Antibiotika-Einsatz,
- die Verbesserung der Resistenzlage von nosokomialen Infektionserregern und
- die Verbesserung der Resistenzlage von bakteriellen Infektionserregern im Allgemeinen.

Infektionsprävention

Alle Bundesländer wurden verpflichtet bis zum 31. März 2012 eigene Hygieneverordnungen zu erlassen. Das ist inzwischen erfolgt. Da diese Verordnungen Ländersache sind, kann es sein, dass es leichte Abweichungen zwischen den einzelnen Verordnungen gibt, jedoch durfte kein Land hinter den Forderungen des § 23 IfSG zurückbleiben. Es ist daher sinnvoll, die Version des Bundeslandes in dem man tätig ist, zu studieren.

Die **Hygieneverordnungen** gelten folgende für Einrichtungen:

- Krankenhäuser,
- Einrichtungen für ambulantes Operieren,
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- Dialyseeinrichtungen,
- Tageskliniken,
- Entbindungseinrichtungen und
- Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen

und regeln die Mindestanforderungen der Hygiene zu

- Bau, Ausstattung und Betrieb,
- Hygienekommissionen,
- Hygieneplänen,
- Krankenhaushygienikern,

- Hygienefachkräften,
- Hygienebeauftragten Ärzten,
- Erkennung und Dokumentation von Krankheitserregern,
- Aufzeichnung und Bewertung von nosokomialen Infektionen,
- Auftreten von Krankheitserregern mit Resistenzen und Antibiotikaverbrauch,
- Akteneinsichtnahme des Hygienefachpersonals und
- Informationen für aufnehmende Einrichtungen und niedergelassene Ärzte.

Die Leiter der Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt werden und sind verpflichtet, die von der Robert Koch Institut-Kommission (RKI-Kommission) erarbeiteten Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Die Leiter der o.g. Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beachtet worden sind.

Das Haftungsrisiko ist bei der Nichteinhaltung der Kommissionsempfehlungen für den Leiter der Einrichtung deutlich gestiegen, da es durch die gesetzliche Vermutung in § 23 Abs. 3 IfSG, dass diese den Stand der medizinischen Wissenschaft wiedergeben, nur noch äußerst schwierig sein dürfte, erfolgreich dagegen einzuwenden, der Stand der medizinischen Wissenschaft sei trotz Nichteinhaltung der Empfehlungen erfüllt worden. Dies dürfte nur dann möglich sein, wenn nachgewiesen werden kann, dass andere, gleichwertige Maßnahmen ergriffen worden sind.

Also gilt nunmehr die RKI-Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention als Richtschnur und Vorgabe. Jahrelange, ermüdende und überflüssige Diskussionen darüber, ob die RKI-Empfehlungen einzuhalten sind, sind glücklicherweise beendet. Wahrscheinlich ist nicht überall bekannt, dass diese Richtlinie bereits 1990 zur Hygiene-Richtschnur für alle Einrichtungen, in denen Menschen medizinisch behandelt werden, erhoben wurde. Dies ist damals erfolgt, weil ein cleverer Anwalt vor Gericht vorbrachte, dass die Richtlinie, die 1976 entstand, nur der Verhütung von Krankenhausinfektionen dienen sollte. Damit wurde eine fehlende Hautdesinfektion vor einer Impfung in einer Praxis nicht als Fehler anerkannt, denn für Arztpraxen gab es damals keine gesonderten Hygieneregeln.

Bakterien und Viren kennen aber keinen Unterschied zwischen Krankenhäusern oder Arztpraxen. Die Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung von Krankheitserregern sind in beiden Einrichtungen gleich, denn für den Staphylococcus ist es unerheblicher ob er im Krankenhaus oder in der Praxis in den Patienten hineingelangt und eine Infektion verursacht. Also gelten für z. B. Hautdesinfektionen vor Injektionen und Punktionen, für Händedesinfektionen und Verbandwechsel in beiden Einrichtungen die gleichen Hygieneregeln. Damit ist auch erklärt warum es bei infektionsrelevanten Tätigkeiten keine Unterschiede zwischen den o. g. Einrichtungen des Gesundheitswesens geben kann.

Krankenhäuser haben eine Hygienekommission einzurichten und sie gemäß RKI-Richtlinie in Verbindung mit der Hygiene-Verordnung des jeweiligen Bundeslandes zu besetzen.

In allen Krankenhäusern sind nach den Vorgaben der RKI-Richtlinie

- Krankenhaushygieniker,
- Hygienefachkräfte und
- hygienebeauftragte Ärzte (Voraussetzung, abgeschlossene Facharztausbildung) einzusetzen.

Bezüglich der erforderlichen personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und der Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten wurden bis zum 31. Dezember 2016 befristete Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals vorgesehen. Die Leiter haben sicherzustellen, dass das Hygienefachpersonal regelmäßig an Schulungen teilnimmt, um den Stand der medizinischen Wissenschaft zu halten. Weiterhin ist sicherzustellen das alle Mitarbeiter die Inhalte des Hygieneplans kennen, der Nachweis ist per Unterschrift zu erbringen.

Durch die in § 23 Abs. 3 IfSG gesetzlich normierte Vermutung der Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft bei Beachtung der Kommissionsempfehlungen dürfte sich die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht haben, dass beispielsweise die Nichteinhaltung eines dort vorgesehenen Stellenschlüssels als vermeidbares Organisationsverschulden gewertet werden könnte, das je nach Schweregrad zu Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr führen kann.

Der sicherste Schutz gegen Bußgeldverfahren und Organisationsverschulden ist die Einstellung von genügend Hygienefachpersonal und die Umsetzung der Empfehlungen dieser Hygieneexperten.

Auch Praxen zum ambulanten Operieren haben Hygienefachkräfte in beratender Funktion (z. B. eine Stunde pro Monat) und ggf. hygienebeauftragte Ärzte zu bestellen. Da es nicht überall ganz einfach sein wird Hygienefachkräfte zu bestellen, wird die zuständige Aufsichtsbehörde sicher auch der Bestellung von Ärzten für Hygiene zustimmen.

Alle Einrichtungen haben die Pflicht

- nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend zu erfassen und zu bewerten. Die Aufzeichnungen sind 10 Jahre aufzubewahren und müssen dem Gesundheitsamt auf Verlangen vorgelegt werden.
- Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufzuzeichnen und unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika zu ziehen.
  Die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes sind dem Personal mitzuteilen und sollen umgesetzt werden.
- aufnehmende Einrichtungen und niedergelassene Ärzte bei
  – Verlegung,
  – Überweisung und
  – Entlassung
  über Patienten mit multiresistenten Erregern zu informieren.

Die Gesundheitsbehörden haben nunmehr die Möglichkeit Hygieneverstöße mit Bußgeldern zu ahnden, deshalb ist es ratsam alle geforderten Hygiene-Maßnahmen sorgfältig durchzuführen und umfassend zu dokumentieren. Ein

Verstoß gegen die in § 23 Abs. 4 bis 6 IfSG genannten Pflichten ist gemäß§ 73 Abs. 1 Nr. 9, 9a, 9b, 10 und 10a IfSG eine Ordnungswidrigkeit, die gemäß § 73 Abs. 2 IfSG mit einer Geldbuße von bis zu 25.000 € geahndet werden kann. Ein Verstoß gegen die in § 23 Abs. 4 Satz 3 IfSG vorgesehene Aufbewahrungspflicht kann mit einer Geldbuße von bis zu 2.500 € geahndet werden.

Informationen für aufnehmende Einrichtungen und niedergelassene Ärzte, zur besseren ärztlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten

Es wurden neue Abrechnungs- und Vergütungsregelungen für die Therapie von Patientinnen und Patienten, die mit resistenten Erregern infiziert oder besiedelt sind, eingeführt. Diese Regelungen sind zunächst auf zwei Jahre befristet. Das heißt, Ärztinnen und Ärzte erhalten für die Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten von den Krankenkassen eine adäquate Vergütung.

Zentrale Überwachung von nosokomialen Infektionen

Gesundheitsämter müssen zukünftig alle Daten über Krankenhausinfektionen an das Robert Koch-Institut (RKI) weiterleiten. Die Daten können dadurch zentral ausgewertet werden. Zusammenhänge und Entwicklungen, die für die einzelnen Gesundheitsämter nicht erkennbar sind, können so identifiziert und analysiert werden. Das RKI kann die Landesbehörden fachlich beraten oder Warnungen bei vermehrten Ausbrüchen aussprechen. Die Datenübermittlung an das RKI erfolgt anonym.

Finanzierungsgesetz: Hygiene-Förderprogramm

Der Deutsche Bundestag hat am 14. Juni 2013 den Entwurf des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung beraten. Mit dem Gesetz wird u. a. die Finanzierung von Krankenhäusern verbessert. In dem Entwurf enthalten ist ein Hygiene-Förderprogramm, mit dem die Krankenhäuser unterstützt, notwendiges Hygienepersonal einzustellen sowie Ärzte und Pflegekräfte auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene weiterzubilden. Die im Finanzierungsgesetz verankerten Maßnahmen führen im Jahr 2013 zu einer geschätzten Entlastung der Krankenhäuser in Höhe von rd. 415 Mio. Euro und rd. 690 Mio. Euro im Jahr 2014.

Zastrow K.-D. Neue Hygienerichtlinien – Anforderungen an Kliniken und Praxen. Passion Chirurgie. 2014 Januar, 4(01): Artikel 02_01.